

Salinas City Elementary School District

Parent Heart Letter

Dear Parent/Guardian:

Salinas City Elementary School District is aware that your child has **a heart** health concern that may require treatment at school. In order for school to be prepared in case of emergency, we ask that you and your child's physician work together to fill out a **heart action plan**. Please also fill out **any additional documentation/orders** that are needed for your child while they are attending school. The Action Plan is for you and your child's doctor to discuss, complete, and **requires both parent and physician signature**. Please then return to your child's school office as quickly as possible.

This Emergency Action Plan will be made available to all appropriate staff in your child's school building so that the school is aware of what steps to take in case an emergency were to arise.

It is important for your child's safety that we have the proper medication consent forms, supplies, and medications at school in order to respond to an emergency. **All prescription AND over the counter (OTC) medications require a consent form with parent and physician signatures.** The consent form is available in the school's office. This paperwork must be completed **annually** before the first day of school and be brought to the school office.

Not interested in the above? Please sign below and return to the Health Aide.

☐ **My child does not need additional services at school. They are always provided first aid.**

Child's Name: _____

Parent/Guardian Signature: _____

Child's DOB: _____

Date: _____

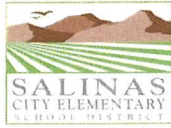
School Site: _____

Please call the District Nurse or school office if you have any questions or concerns. Thank you for helping us to ensure a safe and healthy year for your child at Salinas City Elementary School District.

Sincerely,

Health Services





Salinas City Elementary School District

Carta a los padres sobre el corazón

Estimado padre / tutor:

El Distrito Escolar Primario de la Ciudad de Salinas sabe que su hijo tiene un **corazón** problema de salud del que puede requerir tratamiento en la escuela. Para que la escuela esté preparada en caso de emergencia, le pedimos que usted y el médico de su hijo trabajen juntos para completar un **plan de acción para el corazón**. También complete **cualquier documentación/pedidos adicional** que sea necesario para su hijo mientras asiste a la escuela. El plan de acción es para que usted y el médico de su hijo lo discutan, completen y **requieran la firma del padre y del médico**. Luego, regrese a la oficina de la escuela de su hijo lo antes posible.

Este Plan de Acción de Emergencia estará disponible para todo el personal apropiado en el edificio de la escuela de su hijo para que la escuela sepa qué pasos tomar en caso de que surja una emergencia.

Es importante para la seguridad de su hijo que tengamos los formularios de consentimiento de medicamentos adecuados, suministros y medicamentos en la escuela para responder a una emergencia. **Todos los medicamentos recetados y de venta libre (OTC) requieren un formulario de consentimiento con las firmas del padre y del médico**. El formulario de consentimiento está disponible en la oficina de la escuela. Esta documentación debe completarse **anualmente** antes del primer día de clases y llevarse a la oficina de la escuela.

¿No está interesado en lo anterior? Firme a continuación y devuélvase al asistente de salud.

☐ **Mi hijo no necesita servicios adicionales en la escuela. Siempre se les proporcionan primeros auxilios.**

Nombre del niño: _____ Firma del padre / tutor: _____

Nacimiento del niño: _____ Fecha: _____

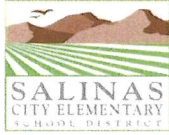
Lugar de la escuela: _____

Por favor, llame a la enfermera del distrito o a la oficina de la escuela si tiene alguna pregunta o inquietud. Gracias por ayudarnos a garantizar un año seguro y saludable para su hijo en el Distrito Escolar Primario de la Ciudad de Salinas.

Atentamente,

Servicios de salud





Salinas City Elementary School District

Emergency Care Plan

TO BE COMPLETED BY PARENT/GUARDIAN:

Name: _____ Date of Birth: _____ School: _____
Grade: _____ Room: _____ Teacher: _____ ELD Teacher: _____
Parent/Guardian Name: _____ Phone: _____

TO BE COMPLETED BY HEALTH CARE PROVIDER:

Health Care Provider Treating Student: _____ Phone: _____
Health Condition(s): _____
Student's Current treatment(s), Medication(s) & Possible Side Effects: _____

Common Symptoms/Warning Signs:

-
-
-
-

Actions to Take:

-
-
-
-

CALL 911 IF STUDENT HAS:

List Signs & Symptoms that indicate an Emergency:

-
-
-
-

Administer CPR if breathing STOPS! Continue until Paramedics Arrive!

Notify Parent/Guardian and site administrator. Document what happened in the first aid & medication logs.

*By law, a completed and signed medication form must be on file at the school site before medication(s) can be administered at school except for emergency Epinephrine.

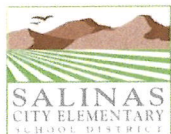
I authorize school personnel to implement this emergency plan as described.

I have completed a medication form FOR EACH medication listed above.

Health Care Provider Signature: _____ **Date:** _____

I give consent for school authorities to take appropriate action for the safety and welfare of my child. I give consent to communicate with the authorized health care provider when necessary.

Parent/Guardian Signature: _____ **Date:** _____



Salinas City Elementary School District

Plan de atención de emergencia

PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE/TUTOR:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Escuela: _____

Grado: _____ Salón: _____ Maestro: _____

Nombre del padre/tutor: _____ Teléfono: _____

PARA SER COMPLETADO POR ATENCIÓN MÉDICA PROVEEDOR:

Proveedor de atención médica que trata al estudiante: _____

Teléfono: _____ Condición(es) de salud: _____

Tratamiento(s) actual(es) del estudiante, medicamento(s) y posibles efectos secundarios: _____

Síntomas comunes/señales de advertencia:

-
-
-

Acciones a tomar:

-
-
-

LLAME AL 911 SI EL ESTUDIANTE TIENE:

Enumere los signos y síntomas que indican una emergencia:

-
-
-
-

¡Administre RCP si la respiración SE DETIENE! ¡Continúe hasta que lleguen los paramédicos!

Notifique al padre/tutor y al administrador del sitio. Documente lo que sucedió en los registros de primeros auxilios y medicamentos.

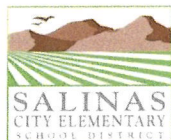
*Por ley, un formulario de medicación completo y firmado debe estar archivado en la escuela antes de que se puedan administrar medicamentos en la escuela, excepto la epinefrina de emergencia.

Autorizo al personal de la escuela a implementar este plan de emergencia como se describe.
He completado un formulario de medicamentos PARA CADA medicamento mencionado anteriormente.

Firma del proveedor de atención médica: _____ **Fecha:** _____

Doy mi consentimiento para que las autoridades escolares tomen las medidas adecuadas para la seguridad y el bienestar de mi hijo. Doy mi consentimiento para comunicarme con el proveedor de atención médica autorizado cuando sea necesario.

Firma del padre/tutor: _____ **Fecha:** _____



Salinas City Elementary School District

Guidelines For Physical Activity

The following recommendations are guidelines for physical activity in elementary school.
(*Los siguientes recomendaciones son directrices para la actividad física en la escuela primaria*)

For Student (Para Estudiante)_____:

- ☐ May participate in the entire physical education program without restrictions including all competitive sports. (*Pueden participar en todo el programa de educación física sin restricciones, incluyendo todos los deportes competitivos.*)
- ☐ May participate in the entire physical education program except for competitive sports where there is strenuous training and prolonged exertion, (e.g., football, hockey, wrestling, soccer, and/or basketball). Less strenuous sports such as baseball and golf are acceptable. All activities are acceptable during the regular physical education program. (*Pueden participar en todo el programa de educación física, salvo por los deportes de competición donde hay entrenamiento intenso y prolongado esfuerzo, (por ejemplo, fútbol, hockey, lucha libre, fútbol, y/o baloncesto). Los deportes menos vigorosos como el béisbol y el golf son aceptables. Todas las actividades son aceptables durante el programa de educación física regular.*)
- ☐ May participate only in mild physical education activities such as circle games. (*Podrán participar solamente en actividades de educación física leves, tales como juegos de círculo.*)
- ☐ May participate in walking activities. (*Podrán participar en las actividades de caminar.*)
- ☐ Must be allowed to rest when tired. (*Se debe permitir descansar cuando está cansado.*)
- ☐ Restricted from entire physical education program and recess. (*Restringida de todo programa de educación física y el recreo.*)
- ☐ No running. (*No correr.*)

Additional remarks (Observaciones adicionales): _____

Duration of recommendations (Duración de las recomendaciones): _____

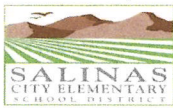
Provider Signature (Firma del médico): _____

Date (Fecha): _____

Parent/Guardian Signature (Firma de los padres/guardián): _____

Date (Fecha): _____





Salinas City Elementary School District

AUTHORIZATION FOR ADMINISTRATION OF MEDICATION AT SCHOOL

Student Name: _____ Date of Birth: _____ Name of School: _____
School's Number: _____ Schools Fax: _____ Teacher's Name: _____ Grade _____

In accordance with California Education Code section 49423, all students receiving medication at school require a medication authorization which must be completed by a California licensed physician or other healthcare provider who has the authority to prescribe medication in the state of California. The information requested on this form is necessary to comply with the law and to ensure adequate protection for students. If any of the conditions on this authorization change, a new form must be completed and signed by the parent and health care provider.

This form is valid for school year _____ to _____.

PARENT SECTION

I, the undersigned as legal parent/guardian of _____ (student's name) _____ (birth date) authorize the school nurse, or other school staff designated by the school site principal, to administer the following listed medication(s) to my child as prescribed on this authorization and in accordance with California law as referenced below. I also authorize, as needed, the sharing of information related to my child's health on matters related to this medication, between the school nurse (or designee) and the health care provider listed below. I will comply with the procedures listed on the back of this form related to administering medication at school.

Date: _____ Parent/Guardian Signature: _____ Phone Number: _____

PROVIDER SECTION: To be completed by an authorized health care provider

Diagnosis/Condition _____

I hereby instruct a designated school staff member to assist the above student in taking:

Medication	Dose	Method of Administration	Time to be given	Frequency
------------	------	--------------------------	------------------	-----------

1. _____

2. _____

Discontinue Medication # 1 (date) _____ Discontinue Medication # 2 (date) _____

Other medications taken by this student: _____

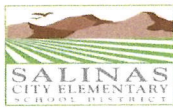
Health Care Provider's Name (printed) _____ Signature _____

MD/DO/DDS/PA/NP CA License # _____

Physician's Name: _____ Address: _____ Phone: _____

Reviewed by (Name of School Nurse): _____ Signature: _____ Date: _____



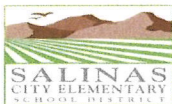


The procedure covering prescription and non-prescription medication will be executed under the following conditions:

1. Only medications prescribed by the student's health care provider listed on this form may be brought to school. Written parent permission is also required.
2. The medication shall be taken directly by the student in accordance with instructions from the provider as listed on this authorization.
3. Medication brought to school will be given to the student according to the provisions listed on this form. The prescription or manufacturer's container must be clearly labeled with:
 - The name of the student
 - The name of the prescribing provider
 - The pharmacy who dispensed the medication or the manufacturer
 - The strength of the medications and the amount to be given (dose)
 - The method of administration (oral, inhaled, topical, etc.)
 - The specific time and/or specific situations in which the medication is given
 - Parents may want to ask the pharmacist for "school packaging" - a separate container labeled just for the school time dose
4. Parents/guardians must provide all materials or necessary equipment for medication administration.
5. An adult must bring the medication to the school and pick up any outdated or unused medication.
6. All medications will be kept in a secure place. Any special instructions for storage or security measures must be written by the provider and given to school personnel. Students carrying and administering their own medications must have prescriber and parent/guardian written authorization.
7. A new medication authorization form must be completed for any change in dose, time, or method. It will be valid for the current school year or until a discontinuing date listed by the prescribing individual.

References: California Education Code Section: 49423 Medication at School; 49480 Continuing Medication. Business and Professions Code: 2725 Verbal Orders; Definition of a Physician; Definition of a lawful prescription; 4051 Restrictions on furnishing medications without prescription.





Salinas City Elementary School District

AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Escuela: _____
Número de la escuela: _____ Fax: _____ Nombre del maestro: _____ Grado: _____

De acuerdo con la sección 49423 del Código de Educación de California, todos los estudiantes que reciben medicamentos en la escuela requieren una autorización de medicamentos que debe ser completado por un médico con licencia de California u otro proveedor de atención médica que tenga la autoridad para recetar medicamentos en el estado de California. La información solicitada en este formulario es necesaria para cumplir con la ley y para asegurar protección adecuada para los estudiantes. Si alguna de las condiciones de esta autorización cambia, el padre y el proveedor de atención médica deben completar y firmar un nuevo formulario.

Este formulario es válido para el año escolar desde _____ al _____.

SECCIÓN DE PADRES

Yo, el abajo firmante como padre/tutor legal de _____ (nombre del estudiante)
_____ (fecha de nacimiento) autorizo a la enfermera de la escuela, u otro personal escolar designado por el director de la escuela, a administrar los siguientes medicamentos a mi hijo como prescrito en esta autorización y de acuerdo con la ley de California como se menciona a continuación. También autorizo, según sea necesario, el intercambio de información relacionada con la salud de mi hijo sobre asuntos relacionados con este medicamento, entre la enfermera de la escuela (o su designado) y el proveedor de atención médica que se indica a continuación. Cumpliré con los procedimientos enumerados en la segunda página de este formulario relacionados con la administración de medicamentos en la escuela.

Fecha: _____ Firma del Padre / Tutor: _____ Número de teléfono: _____

PROVIDER SECTION: To be completed by an authorized health care provider

Diagnosis/Condition _____

I hereby instruct a designated school staff member to assist the above student in taking:

Medication	Dose	Method of Administration	Time to be given	Frequency
------------	------	--------------------------	------------------	-----------

1. _____

2. _____

Discontinue Medication # 1 (date) _____ Discontinue Medication # 2 (date) _____

Other medications taken by this student: _____

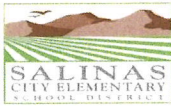
Health Care Provider's Name (printed) _____ Signature _____

MD/DO/DDS/PA/NP CA License # _____

Physician's Name: _____ Address: _____ Phone: _____

Reviewed by (Name of School Nurse): _____ Signature: _____ Date: _____



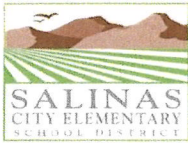


El procedimiento que abarque medicamentos con receta y sin receta se realizará en las siguientes condiciones:

1. Solo se pueden traer a la escuela los medicamentos recetados por el proveedor de atención médica del estudiante que figura en este formulario.
También se requiere el permiso por escrito de los padres.
2. El estudiante deberá tomar el medicamento directamente de acuerdo con las instrucciones del proveedor que se enumeran en esta autorización.
3. Los medicamentos que se traigan a la escuela se le darán al estudiante de acuerdo con las disposiciones enumeradas en este formulario. El envase de la receta o del fabricante debe estar claramente etiquetado con:
 - El nombre del estudiante
 - El nombre del proveedor que prescribe
 - La farmacia que dispensó el medicamento o el fabricante
 - La potencia de los medicamentos y la cantidad a administrar (dosis)
 - El método de administración (oral, inhalado, tópico, etc.)
 - El momento específico y/o las situaciones específicas en las que se administra el medicamento.
 - Es posible que los padres quieran pedirle al farmacéutico un "empaquete escolar": un recipiente separado etiquetado sólo para la dosis del horario escolar
4. Los padres/tutores deben proporcionar todos los materiales o equipos necesarios para la administración de medicamentos.
5. Un adulto debe traer el medicamento a la escuela y recoger cualquier medicamento vencido o sin usar.
6. Todos los medicamentos se mantendrán en un lugar seguro. Cualquier instrucción especial para el almacenamiento o medidas de seguridad debe ser escrita por el proveedor y entregada al personal de la escuela. Los estudiantes que lleven y administren sus propios medicamentos deben tener una autorización por escrito del prescriptor y del padre/tutor legal.
7. Se debe completar un nuevo formulario de autorización de medicamentos para cualquier cambio de dosis, hora o método. Será válido para el año escolar en curso o hasta la fecha de suspensión indicada por la persona que lo prescribe.

Referencias: Código de Educación de California Sección: 49423 Medicamentos en la Escuela; 49480 Medicación continua. Código de Negocios y Profesiones: 2725 Órdenes Verbales; Definición de Médico; Definición de prescripción lícita; 4051 Restricciones al suministro de medicamentos sin receta.





Salinas City Elementary School District

Student Self Administration Procedure At School

Students who need medication while at school may carry emergency medication (such as asthma inhalers, insulin, and Epi-pens) and self-administer such medication under the supervision of school personnel, provided the following conditions are met:

1. The medication is necessary to the student's health and must be taken during school hours. A Medication at School form must be completed also.
2. Parent has reviewed with the student the importance of a secure storage place for medication, not to share any medication with others, and to report to school authorities immediately if medication is lost or misplaced.
3. The student is physically, mentally, and behaviorally capable to assume that responsibility and has been adequately instructed at home.
4. The student agrees to inform his/her teacher and/or the office staff whenever medication is self-administered.
5. Parent understands there will be no medication record of doses received other than what the student provides.
6. Parent will provide a back-up medication unit to be stored in the school health room.
7. Salinas City Elementary School District retains the right to confiscate medications that are misplaced or places the safety of other students at risk.

I request that my child, _____, be allowed to self-administer this medication: _____. All medication will be furnished by me, and is to be in the original container from a pharmacy with the label intact.

I understand that my signature on this form constitutes a waiver for any liability that may arise in the administering of this procedure at school.

SIGNATURE OF PARENT(S) OR GUARDIAN

DATE

SIGNATURE OF STUDENT

DATE

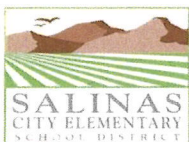
SIGNATURE OF PRINCIPAL

DATE

SIGNATURE OF PHYSICIAN

DATE

THIS REQUEST WILL EXPIRE AT THE END OF THE CURRENT SCHOOL YEAR



Salinas City Elementary School District

Procedimiento de escuela de administración propia

Los estudiantes que necesiten medicamentos mientras están en la escuela pueden llevar medicamentos de emergencia (como inhaladores para el asma, insulina y Epi-pens) y autoadministrarse dichos medicamentos bajo la supervisión del personal escolar, siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

1. El medicamento es necesario para la salud del estudiante y debe tomarse durante el horario escolar. También se debe completar un formulario de Medicamentos en la escuela.
2. El padre ha repasado con el estudiante la importancia de un lugar seguro para guardar los medicamentos, no compartir ningún medicamento con otros e informar a los administradores escolares de inmediato si el medicamento se pierde o se extravía.
3. El estudiante es físicamente, mentalmente y conductualmente capaz de asumir esa responsabilidad y ha sido instruido adecuadamente en casa.
4. El estudiante se compromete a informar a su maestro y/o al personal de la oficina siempre que el medicamento sea autoadministrado.
5. Los padres entienden que no habrá un registro de medicamentos de las dosis recibidas que no sean las proporcionadas por el estudiante.
6. Los padres proporcionarán una unidad de medicamentos de respaldo para almacenar en la oficina de salud de la escuela.
7. Salinas City Elementary School District tiene el derecho de confiscar medicamentos que se extravíen o pongan en riesgo la seguridad de otros estudiantes.

Solicito que se permita a mi hijo, _____, autoadministrarse este medicamento: _____. Todos los medicamentos serán proporcionados por mí y deben estar en el envase original de una farmacia con la etiqueta intacta.

Entiendo que mi firma en este formulario constituye una renuncia a cualquier responsabilidad que pueda surgir en la administración de este procedimiento en la escuela.

_____ FIRMA DEL PADRE (S) O TUTOR	_____ FECHA
_____ FIRMA DEL ESTUDIANTE	_____ FECHA
_____ FIRMA DEL DIRECTOR	_____ FECHA
_____ FIRMA DEL MÉDICO	_____ FECHA

ESTA SOLICITUD EXPIRA AL FINAL DEL CICLO ESCOLAR ACTUAL